

Trattamenti per la dipendenza e reati di droga: alternativa umanitaria al carcere o nuova forma di controllo punitivo?

Drug addiction treatments and drug crimes: a humanitarian alternative to incarceration or a new form of punitive control?

GRAZIA ZUFFA
graziazuffa@me.com

AFFILIAZIONE
Comitato Nazionale per la Bioetica

ABSTRACT

Gli alti numeri di detenuti per reati minori di droga e per reati droga correlati, perlopiù tossicodipendenti, sono oggetto di pubblica preoccupazione, come una delle “conseguenze indesiderate” del controllo antidroga. La soluzione bipartisan più popolare è l’implementazione di terapie per le dipendenze alternative al carcere, che per la loro commistione col sistema penale, sono definite come “cure quasi coercitive”(Quasi Coerced Treatments). Queste si sono sviluppate sia nei paesi anglosassoni sia in Italia (soprattutto in comunità terapeutiche), seguendo il paradigma del consumatore spinto a delinquere dalla malattia dell’*addiction*. L’analisi dei dati sugli ingressi in carcere mostra che le terapie alternative non riducono la carcerazione. Per di più, il persistente influsso del modello morale di “liberazione dalla droga” si traduce in vincoli comportamentali perfino più severi in comunità terapeutica che in carcere. Da qui il dilemma etico: le alternative terapeutiche al carcere rispondono alle supposte finalità umanitarie o sono invece nuove modalità di controllo punitivo?

ABSTRACT

The large number of people imprisoned for minor drug and drug related crimes, most of them drug addicts, are prompting public concern, as one of the “unwanted consequences” of drug control. The advocated bipartisan solution to this problem is the implementation of drug addiction treatments in place of incarceration (the so called Quasi Coerced Treatments). They have been developed both in the Anglo Saxon countries and in Italy (in therapeutic communities, mostly), following the paradigm of drug users compelled to commit crimes by the disease of addiction. Figures on imprisonment, both in UK and in Italy, show that therapeutic alternatives do not reduce incarceration. Rather, they seem to widen the net of the criminal justice system. Moreover, the enduring influence of the “moral” drug free model results in behavioural constraints for persons in treatment, even stricter in therapeutic communities than in jail. The ethical dilemma may be summarized: is the treatment for drug offenders a “humanitarian” alternative to incarceration or a new setting of punitive control?

KEYWORDS

Droga
Drug

Trattamenti quasi coatti
Coerced treatment

Reati di droga
Drug crimes

Carcere
Prison

Alternative alla carcerazione
Alternatives to incarceration

Trattamenti
per la dipendenza
e reati di droga:
alternativa
umanitaria al
carcere o nuova
forma di controllo
punitivo?

Articoli

Le “conseguenze indesiderate” (*unwanted consequences*) dell’approccio proibizionista globale al consumo di droghe psicoattive sono da tempo oggetto di dibattito internazionale, sia fra criminologi e esperti delle dipendenze, sia fra i *policy maker* e l’opinione pubblica in generale. Le questioni più controverse riguardano l’entità delle pene, che per la loro severità non rispettano in molti paesi il principio di proporzionalità fra reato e pena – si pensi alla persistenza della pena di morte per reati di droga tuttora presente in trentatré paesi del mondo (Gallahue 2011); e le cifre elevatissime di consumatori di droga e di autori di reati minori di droga incarcerati. Il fenomeno di incarcerazione di massa per droga è anche conseguenza dell’evoluzione dei trattati internazionali che, inizialmente orientati a controllare il commercio delle sostanze, hanno poi subito un giro di vite verso la punizione del consumo¹; analogo percorso verso il cosiddetto “proibizionismo punitivo” è stato intrapreso dalle legislazioni nazionali, Italia compresa (Margara 2010). L’impennata delle incarcerazioni inizia con la “guerra alla droga”, lanciata in America negli anni Settanta. Negli Stati Uniti,

negli anni Novanta i detenuti per reati di droga rappresentavano circa i due terzi della popolazione incarcerata (Western 2006). Sebbene i numeri dei consumatori e degli autori di reati minori di droga in carcere non abbiano mai raggiunto i livelli americani, anche in Europa la repressione antidroga ha avuto pesanti riflessi sul carcere. In Italia, agli inizi degli anni Novanta, i tossicodipendenti in carcere si attestavano al 28% del totale dei detenuti, mentre le incarcerazioni per reati di droga intorno al 30% (Corleone 2010). Le cifre attuali non si discostano molto, come vedremo.

IL TRATTAMENTO PER PREVENIRE IL CRIMINE

Il rapporto droga-carcere ha subito diverse declinazioni nel corso del tempo, a seconda delle diverse culture. Nelle culture anglosassoni, l'attenzione è sul nodo droga-crimine. Il crimine sarebbe l'inevitabile risultato dell'uso di droga, dunque eliminando o riducendo il consumo, si ridurrebbe il crimine e l'incarcerazione. Questo teorema si basa in larga parte su un'interpretazione dell'uso di droga e della *addiction* centrato sull'interazione fra l'organismo e le proprietà farmacologiche della sostanza (aumento dell'aggressività, costrizione a delinquere dallo stato di dipendenza) (Goldstein 1985). Nonostante questo paradigma abbia offerto il fianco a numerose critiche in ambito criminologico, è sopravvissuto fino a oggi e ha ampiamente influenzato le politiche antidroga. In particolare, ha promosso l'idea del *trattamento come strumento per ridurre il crimine*.

Ciò è avvenuto negli Stati Uniti, dove negli ultimi decenni è cresciuta l'insoddisfazione per l'inefficacia, gli alti costi economici e i danni sociali della *war on drugs*. L'idea del trattamento al posto del carcere ha acquisito consensi bi-partisan, convincendo anche i sostenitori della "linea dura". Di conseguenza, i trattamenti alternativi si sono progressivamente estesi e sono state incrementate considerevolmente le "*drug courts*", i tribunali specializzati per i reati minori di droga e per altri reati droga-correlati²: gli autori di tali reati sono avviati a misure da scontarsi sul territorio (messa alla prova, libertà condizionale) o più spesso a programmi terapeutici, sia sul territorio sia in centri residenziali "forzosi" (*strong-arm rehab centers*): così definiti perché le persone non vi entrano volontariamente, ma in seguito a una sentenza. (Gowan e Whetstone 2012; Inderbitzin et al. 2016). Un'altra definizione per le terapie stabilite da sentenza del tribu-

nale penale è quella di "trattamenti quasi coatti" (*Quasi Coerced Treatments o Quasi Compulsory Treatments*), utilizzata in ambito europeo (Stevens et al. 2006).

Nel Regno Unito, l'esperienza inizia nel 2000 con le "Disposizioni di test e trattamento antidroga", i *Drug Treatment and Testing Orders* (DTTO): sono prescrizioni imposte dai tribunali quando un reato è ritenuto correlato all'uso di droga. Si differenziano da altre misure alternative di carattere territoriale (come la messa alla prova o la prescrizione di servizi socialmente utili) perché mirate a risolvere il problema droga per prevenire la recidiva del reato. Nel 2005, è partito il *Drug Interventions Programme* (DIP), in collegamento col sistema giudiziario: questi servizi possono sottoporre a test gli arrestati e inviarli ai centri trattamentali.

Nel 2003 sono stati introdotti i *Drug Rehabilitation Requirements*, disposizioni che hanno poi sostituito i DTTO, ma con lo stesso funzionamento. Le persone sono "precestrate" a passare un certo numero di ore presso i servizi, per un periodo da sei mesi a tre anni, sottoposte a test antidroga e a supervisione e verifica delle Disposizioni (Orders). Se commettono un crimine, o non adempiono alle disposizioni "terapeutiche" della sentenza tornano in tribunale: «il giudice può decidere di emettere una nuova sentenza, spesso di invio in carcere, oppure può rinnovare le Disposizioni aggiungendo altri obblighi» (Stevens 2011: 88 ssg.). Per dare un'idea dell'impegno in questa direzione: dal 2010 al 2015, sono stati fatti tre nuovi interventi normativi per la prevenzione della recidiva del crimine e per la riabilitazione, che gran parte interessano i trattamenti alternativi per reati di droga o droga correlati (*Home Office* 2015)³.

Da notare: nel Regno Unito, i trattamenti "quasi coatti" si svolgono perlopiù presso i servizi territoriali, in conformità allo sviluppo prevalentemente territoriale del sistema dei servizi per le dipendenze. Negli Stati Uniti, i trattamenti residenziali "forzosi" si appoggiano alla tradizione delle comunità di Synanon: la loro finalità originaria di "riforma morale" del tossicodipendente ne segna il carattere autoritario, che bene si presta al connubio col sistema di giustizia criminale. L'ideologia di Synanon del criminale-tossicodipendente assegna alla comunità un'impronta correzionale forte: la droga è all'origine del "pensiero criminale", dunque non basta solo rinunciare alla droga, per "rina-

scere” occorre procedere alla completa spoliatura identitaria, del sé “tossico” (Gowan e Whetstone 2012).

L’idea di trattare i “tossici” per combattere il crimine è figlia del cosiddetto “paradigma attuariale”, teso alla pura “gestione del rischio” criminalità, avendo abbandonato ogni ambizione di lettura sociale dei fenomeni criminali e rinunciato a ogni azione tesa alla trasformazione sociale (De Giorgi 2000). Nell’ottica di gestione del rischio, l’attenzione è dunque rivolta al controllo, il più efficace ed efficiente possibile, dei soggetti devianti. Da questo punto di vista, l’imputazione alla droga dell’agire criminale (come effetto bio-chimico e come fattore “strutturante” la personalità criminale), è perfetta per “gettare il biasimo” sull’individuo, oscurando le responsabilità collettive. Quanto alle forme di controllo, la commistione fra trattamento e sistema penale permette di offrire a quest’ultimo una nuova legittimazione, basata sull’oggettività della lettura (sedicente) “scientifica” della dipendenza. Al tempo stesso, l’enfasi sulla “riabilitazione” (al di fuori del carcere) del (piccolo) criminale asseconda gli appelli umanitari. Due aspetti che costituiscono uno scudo efficace contro i richiami alle ineguaglianze sociali e al loro ruolo nella questione droga: a iniziare dal fatto che «le pene, deliberatamente inflitte, del controllo antidroga si sono di solito riversate molto più pesantemente sui poveri e sulle minoranze» (Stevens 2011: 95).

CURARE E NON PUNIRE, PUNIRE PER COSTRINGERE ALLA CURA

Se nei paesi anglosassoni il focus è sulla “riduzione del crimine”, in Italia l’argomentazione “forte” è l’inadeguatezza della risposta carceraria per i tossicodipendenti. È una tematizzazione più vicina alle istanze di giustizia sociale e infatti l’idea della “cura in alternativa alla punizione” risale a un clima culturale diverso, quello degli anni Settanta: è allora che la legge 685/1975 stabilisce la “non punibilità” del detentore di “modica quantità” di droga. L’articolo chiave (art.80) aveva in mente la figura del consumatore/piccolo spacciatore: *la rinuncia alla punizione mirava a favorire l’avvio ai servizi del tossicodipendente per la disintossicazione e il recupero*. Dieci anni dopo, la legge 297/1985 introduce una misura alternativa alla detenzione specifica per le persone

dipendenti da sostanze psicoattive illegali e da alcool (47 bis): aderendo a un programma riabilitativo, il condannato poteva scontare la pena fuori dal carcere, perlopiù in una delle comunità terapeutiche che in quegli anni si stavano moltiplicando. I programmi terapeutici per tossicodipendenti autori di piccoli reati entrano così nel sistema penale in maniera strutturata, iscritti in una cornice culturale ben definita: di *riduzione dell’impatto penale del controllo antidroga*, all’interno di una visione più generale di limitazione del ruolo e degli ambiti del diritto penale nel governo delle società.

La legge del 1990, che sostituisce la precedente del 1975, sviluppa ulteriormente le alternative terapeutiche al carcere, ma le iscrive in un paradigma assai diverso: di *ampliamento*, anziché di riduzione, della penalità nel campo delle droghe⁴. Ciò avviene attraverso l’introduzione di pesanti sanzioni, amministrative e penali, per l’uso personale e al generale inasprimento delle pene per spaccio. Cambia con ciò la “filosofia” delle misure terapeutiche: la punizione è sostenuta in quanto necessario canale di “avviamento” alla cura. Con un certo livello di coercizione, cioè: d’ora in poi, la definizione di *Quasi Coerced Treatments* risulta appropriata anche nel contesto italiano.

Il necessario carattere “quasi coercitivo” della cura discende dall’immagine del consumatore di droga che emerge nel dibattito di quegli anni: è il “drogato”, invalidato dalla sostanza, un “bullone arrugginito della macchina sociale che va *scartavetrato*” (Presidenza del Consiglio 1993: 472; Zuffa 2000: 100). La definizione comunica alla perfezione il disprezzo verso il “bullone arrugginito” e l’aggressività della “cura scartavetrante”⁵.

La svolta ideologica della fine degli anni Ottanta si appoggia anche sul ruolo delle comunità terapeutiche, sviluppatesi in Italia molto più che in altri paesi. Nonostante la varietà dei modelli educativi cui si ispirano, sono tuttavia accomunate da alcuni tratti: la scelta rigorosa dell’astinenza (in aspra polemica, in quegli anni, coi servizi pubblici che offrivano trattamenti farmacologici); la radicalità dell’opposizione allo “stile di vita tossico”; la lunghezza del percorso riabilitativo, in relazione all’obiettivo di profonda ristrutturazione della personalità dell’ospite.

Trattamenti
per la dipendenza
e reati di droga:
alternativa
umanitaria al
carcere o nuova
forma di controllo
punitivo?

Articoli

Ne discende una fitta rete di regole che scandiscono nei dettagli la vita quotidiana e riducono al minimo gli spazi di intimità dell'ospite. Le costrizioni comportamentali sono destinate a difenderlo da se stesso e dal suo mondo precedente, in cui ha coltivato il suo sé "tossico" (Stagnitta e Zuffa 2011). Come già osservato per le comunità americane, questo apparato ideologico facilita l'innesto delle comunità terapeutiche per tossicodipendenti nel sistema penale carcerario. Anche la tipologia residenziale, in località remote e in regime di isolamento dal mondo esterno, è congeniale alle finalità custodiali del sistema punitivo.

Con la legge 49/2006, la filosofia del "trattamento quasi coatto" subisce un ulteriore giro di vite, e di pari passo le esigenze di sicurezza prendono il sopravvento sulle istanze terapeutiche. In questa chiave sono da leggersi i maggiori poteri di decisione attribuiti al giudice in merito alle procedure terapeutiche; l'incremento dei programmi in regime di arresti domiciliari (invece che in affidamento in prova) e residenziali (per alcuni reati è previsto esplicitamente l'obbligo del trattamento residenziale – leggi in comunità). Ciò che più evidenzia la torsione securitaria della legge del 2006 è il differente percorso di accesso all'alternativa terapeutica: fino dall'introduzione delle alternative terapeutiche negli anni Novanta, la maggioranza dei condannati entrava in trattamento dalla libertà, dietro sospensione della pena. Il 2007 segna la svolta: per i più si aprono le porte del carcere, dove soggiornano per periodi più o meno lunghi prima di transitare in comunità (Scandurra 2010).

L'AMBIGUITÀ DEL PARADIGMA DISEASE

Si è visto le differenze nelle due filosofie, non-punitiva e punitiva, delle alternative terapeutiche. Esistono anche convergenze, poiché ambedue si rifanno al paradigma che vede l'uso di droga e la dipendenza come "malattia" (*disease model*): una malattia che rende la persona incapace di gestire la propria vita, da curare perciò con l'astinenza, eliminando la droga. Ma l'astinenza è anche l'imperativo del paradigma "morale", che a suo tempo ha fondato l'edificio del proibizionismo punitivo: il quale esce rafforzato (piuttosto che indebolito) dal modello malattia, in virtù dell'enfasi sui danni chimici delle droghe (Marlatt 1996; Zuffa 2017).

In altre parole, il modello malattia è solo parzialmente alternativo al mo-

dello morale. Proprio questa ambiguità spiega le due diverse declinazioni delle alternative terapeutiche. L'approccio anti-punizionista risulta però più debole, perché l'enfasi sul danno farmacologico distrae lo sguardo dai danni sociali indotti dalla proibizione (la criminalizzazione, l'emarginazione e la stigmatizzazione dei consumatori). Una debolezza cui contribuisce il generale ampliamento dello spazio del penale nel governo delle nostre società.

Perciò, le misure alternative terapeutiche si sono sviluppate all'interno di un rafforzamento (piuttosto che di un alleggerimento) dell'approccio penale; più come espressione di nuovo controllo, attraverso la designazione patologica, che come mitigazione umanitaria della pena; più come misure *aggiuntive che sostitutive del carcere*.

Tuttavia, anche in Italia non è mai venuto meno l'entusiasmo *bi-partisan* per la terapia alternativa al carcere. Che anzi, nella retorica della lotta al "carcere dei poveracci", è additata come la via maestra per de-carcerizzare la questione droghe. In tal modo la cura al posto della pena è diventata una facile ricetta per aggirare il tema scomodo della de-penalizzazione.

MISURE UMANITARIE O NUOVE FORME DI CONTROLLO PUNITIVO?

Il quadro tracciato illumina le problematiche e i risvolti "eticamente sensibili" delle terapie alternative al carcere. In primo luogo, quanto queste misure *costituiscono un'effettiva alternativa alla punizione, nel senso che riescono a ridurre l'area penale del controllo antidroga?* Sulla risposta a questa domanda, si misura la supposta vocazione umanitaria dei trattamenti alternativi. Rappresentano un modo per attenuare la severità delle politiche penali, o una semplice articolazione del controllo punitivo in una nuova forma (che si aggiunge a quella carceraria)?

L'analisi dei dati nei due paesi considerati, Regno Unito e Italia, non autorizza una risposta positiva. Nel Regno Unito, sulla base dei dati ufficiali del Ministero della Giustizia, dal 1995 al 2007, *i trattamenti "alternativi" si sono aggiunti, invece che sostituiti, alla carcerazione*. Nel 2007, più di 12.000 persone sono entrate nel circuito sanitario per ordine del giudice penale, contro le meno di duemila del 1995. Nello stesso periodo, i nuovi ingressi in carcere di consumatori di

droghe sono rimasti pressoché invariati. E ciò è accaduto, nonostante la caduta dei tassi di reati nello stesso periodo (Stevens 2011: 93 sgg.).

Una simile considerazione vale anche per l'Italia, anche se la rilevazione dei dati è più difficoltosa poiché il trattamento non è prescritto per sentenza, come nei paesi anglosassoni, ma è una articolazione del generale (complesso) sistema di alternative al carcere. Comunque, dal 2006 al 2015, si registra un aumento dell'affidamento speciale per tossicodipendenti, in corrispondenza di un generale aumento delle alternative al carcere (da 611 affidamenti terapeutici nel 2006 a 3053 nel 2015). Ma se guardiamo agli ingressi in carcere per reati antidroga e alle presenze di detenuti tossicodipendenti, le cifre sono stabili, se non in crescita: nel 2006, gli ingressi per art.73 della legge antidroga sono stati il 28% del totale; nel 2016, il 28,2%. I tossicodipendenti presenti in carcere sono stati il 21,4% nel 2006, sul totale dei detenuti; il 25,9% nel 2016 (Anastasia e Cianchella 2016: 10 sg.)⁶. Il dato più preoccupante: l'Italia registra la più alta percentuale in Europa di detenuti condannati per reati di droga (il 31.1%) (Aebi et al. 2016: 82).

Questi risultati investono anche l'etica delle politiche pubbliche, poiché i trattamenti al posto del carcere continuano a essere indicati dai *policy maker* come la strada di alleggerimento penale: tanto che perfino il Consiglio di Europa li raccomanda per combattere il sovraffollamento delle prigioni e gli alti numeri dei detenuti (CDPC 2016)⁷. E ciò nonostante le evidenze dimostrino la falsità di questa tesi (Aebi et al. 2015)⁸.

C'è un altro aspetto, che investe i diritti delle persone detenute. Alcune regole delle comunità sono perfino più restrittive di quelle del carcere: ad esempio, il divieto nei primi mesi di incontrare le persone care. E si riportano casi in cui il SerT ha previsto l'obbligo al condannato di non incontrare la partner, pena la non approvazione del programma e la non uscita dal carcere. Questi episodi mostrano gli effetti più perversi della commistione fra terapia e sistema penale. Un conto sono eventuali indicazioni comportamentali nella dinamica del *setting* e del patto terapeutico, fondati sulla libera adesione del cliente; significato del tutto diverso acquistano invece prescrizioni comportamentali di tal genere nel *setting* del *Quasi Coer-*

ced Treatment: l'aspetto mite della terapia si muta in quello torvo del controllo aggiuntivo (Stagnitta e Zuffa 2011: 215). Lo stesso volto arcano si palesa nella nuova cultura astinenziale, che sembra invadere le agenzie penali, con effetti di crescente invasività nel privato dei detenuti e di compressione dei diritti. In molti istituti penitenziari, attraverso regolamenti interni, sono del tutto bandite le bevande alcoliche, che pure l'art.14 del Regolamento di Esecuzione Penitenziaria consentirebbe, entro certi limiti: alle obiezioni del Garante dei diritti dei detenuti, si risponde adducendo ragioni di "prevenzione dell'abuso" (Garante Regionale Toscana 2017). In più, le prescrizioni di astinenza dal bere sono sempre più spesso stabilite dai magistrati di sorveglianza per la concessione dei permessi premio. Un'altra intrusione nello stile di vita delle persone, in nome della *mission* correzional-salutista.

Trattamenti
per la dipendenza
e reati di droga:
alternativa
umanitaria al
carcere o nuova
forma di controllo
punitivo?

Articoli

NOTE

1. Si veda la Convenzione contro il Traffico Illecito nelle Droghe Narcotiche e Sostanze Psicoattive del 1988, che stabilisce il possesso di droga a uso personale come reato penale.

2. Le *Drug Courts* furono introdotte nel 1989. Alla fine del primo decennio del 2000, erano circa 1600 in tutto il paese (King e Pasquarella 2009).

3. *Offender Rehabilitation Act, Legal Aid, Sentencing and Punishment of Offenders Act, Crime and Courts Act*, citati nella *Policy Paper* del governo sulla recidiva e la riabilitazione. Nell'appendice 2 della stessa *Policy Paper* (Managing drug misusing offenders), fra gli interventi della recidiva del crimine, si citano: il test antidroga con invio preceettato ai servizi per diagnosi e per eventuali trattamenti, con sanzioni legali per chi non ottempera agli obblighi; la possibilità del giudice di aggiungere altre restrizioni per la libertà su cauzione se l'accusato è risultato positivo al test; la collaborazione investigativa fra operatori delle dipendenze e polizia.

4. La legge Jervolino Vassalli del 1990 procede a una riorganizzazione e articolazione del sistema terapeutico alternativo al carcere, attraverso la sospensione condizionale della pena (art.90); l'affidamento in prova con un tetto di pena (4 anni) più favorevole rispetto a quello ordinario di tre anni (art.94).

5. Sono le parole di Vincenzo Muciccioli, fondatore della comunità di San Patrignano, pronunciate alla I Conferenza Nazionale Governativa sulle Tossicodipendenze, svoltasi a Palermo nell'autunno del 1993.

6. I dati per il 2016 sono aggiornati da fonte Dipartimento Amministrazione Penitenziaria, Ufficio per la gestione del sistema informativo automatizzato-Sezione Statistica.

7. Si veda la Raccomandazione R (99) 22 del Consiglio d'Europa.

8. Lo studio di Aebi et al. conferma che le misure alternative al carcere, comprese quelle terapeutiche, lungi dal ridurre, hanno ampliato la rete del sistema penale.

BIBLIOGRAFIA

• Aebi M., Delgrande N., Marguet Y. (2015), «Have community sanctions and measures widened the net of the European criminal justice systems?», in *Punishment & Society*, 17 (5), 575-597.

• Aebi M.F., Tiago M.M., Burkhardt C., (2016), *Council of Europe. Annual Penal Statistics. SPACE I-Prison Populations. Survey 2015. Final Report*, Council of Europe and University of Lausanne.

• Anastasia A., Cianchella M. (2017), «La macchina della punizione. Gli effetti penali e sanzionatori della criminalizzazione della circolazione e del consumo di droghe», in Società della Ragione, Forum Droghe, Antigone, CNCA, *Settimo Libro Bianco sulla legge sulle droghe*-Edizione 2016 su dati 2015 <http://ungass2016.fuoriluogo.it/2016/06/28/libro-bianco-sulle-droghe-2016-dati-pillole/>

• Corleone F. (2010), «Droghe: diritti e castighi», in Corleone, F., Margara, A. (a cura di) *Lotta alla droga. I danni collaterali*, Firenze, Edizioni Polistampa, 13-29.

• Council of Europe, European Committee on Crime Problems –CDPC (2016), *White Paper on Prison Overcrowding*, Strasbourg, June 30, 2016 <https://rm.coe.int/16806f9a8a>

• De Giorgi A. (2000), *Zero tolleranza*, Roma, DeriveApprodi.

• Gallahue P. (2011), *The Death Penalty for Drug Offences. Global Overview*, Harm Reduction International.

• Garante delle persone sottoposte a misure restrittive della libertà personale Franco Corleone, *Relazione annuale 2017*, Regione Toscana-Consiglio regionale, 107 sgg. https://www.hri.global/files/2014/08/06/IHRA_DeathPenaltyReport_Sept2011_Web.pdf

• Goldstein P. (1985), «The drugs-violence nexus: a tripartite framework», in *Journal of Drug Issues*, 15, 493-506.

• Gowan T., Whetstone S. (2012), «Making the criminal addict: subjectivity and social control in a strong-arm rehab», in *Punishment & Society*, 14 (1) 69-93.

• Home Office (2015), *Policy Paper. 2010 to 2015 government policy: re-offending and rehabilitation*, May 2015

<https://www.gov.uk/government/publications/2010-to-2015-government-policy-reoffending-and-rehabilitation/2010-to-2015-government-policy-reoffending-and-rehabilitation>

● Inderbitzin M., Bates K.A., Gainey R.R. (2016), *Deviance and social control: A sociological perspective*, Los Angeles, Sage Publications.

● Margara A. (2010), «Il proibizionismo in Italia: lo sviluppo storico», in Corleone, F., Margara, A. (a cura di) *Lotta alla droga. I danni collaterali*, Firenze, Edizioni Polistampa, 31-47.

● Marlatt G.A., (1996), «Harm reduction: Come as you are», in *Addictive behaviors*, 21(6), 779-788. Presidenza del Consiglio dei Ministri, *Atti della I Conferenza nazionale sulla droga*, Palermo, 24 e 25 giugno 1993.

● Scandurra A. (2010), «Tre anni di applicazione della Fini-Giovanardi», in Corleone, F., Margara, A. (a cura di) *Lotta alla droga. I danni collaterali*, Firenze, Edizioni Polistampa, 49-66.

● Stagnitta M., Zuffa G. (2011), «Tossicodipendenti in terapia alternativa al carcere: l'inarrestabile ascesa delle comunità terapeutiche», in Anastasia, S., Corleone, F., Zevi, L. (a cura di), *Il corpo e lo spazio della pena. Architettura, urbanistica e politiche penitenziarie*, Roma, Ediesse, 205-217.

● Stevens A., Berto D., Frick U., Hunt N., Kersch V., McSweeney T., Oeuvray K., Puppo I., Santa Maria A., Schaaf S., Trinkl B., Uchtenhagen A., Werdenich W. (2006), «The relationship between legal status, perceived pressure and motivation in treatment for drug dependence: results from a European study of quasi-compulsory treatment», in *European Addiction Research*, 12, 197-209.

● Stevens A. (2011), *Drugs, Crime and Public Health. The Political Economy of Drug Policy*, London, Routledge.

● Western B. (2006), *Punishment and Inequality in America*, New York, Russel Sage Foundation Publications.

● Zuffa G. (2000), *I drogati e gli altri. Le politiche di riduzione del danno*, Palermo, Sellerio Editore.

● Zuffa G. (2017), «Italian Drug Policy», in Colson, R., Bergeron, H. (eds), *European Drug Policies. The Ways of Reform*, London, Routledge.

Trattamenti
per la dipendenza
e reati di droga:
alternativa
umanitaria al
carcere o nuova
forma di controllo
punitivo?

Articoli

Volume 2 numero 1 ■ giugno 2017

theFuture
ofScience
andEthics

67